

DE LA
PNEUMONIE ABORTIVE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Lundi 29 Juillet 1889, à 3 heures

PAR

HENRI-CHARLES MARTIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Houécourt (Vosges), le 10 Octobre 1865

Examineurs : { MM. BERNHEIM, *président*.
DEMANGE, professeur.
SCHMITT, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE
—
1889

DE LA
PNEUMONIE ABORTIVE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Lundi 29 Juillet 1889, à 3 heures

PAR

HENRI-CHARLES MARTIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Houécourt (Vosges), le 10 Octobre 1865

Examinateurs : { MM. BERNHEIM, *président*.
DEMANGE, professeur.
SCHMITT, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE
—
1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C*, I O, TOURDES, O*, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C*, I O, TOURDES, O*, I O,
V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O, DEMANGE *, I O,
BÉCHET. I O.

Matière médicale et Thérapeutique..	M. COZE *, I O, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie..	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiq..	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, A O. professeur.
Hygiène	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O. professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et accouche- ments	{ M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
Médecine légale	{ M. E. PARISOT, A O, profes. adjoint.
Histoire naturelle médicale	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histologie	M. MACÉ, A O, professeur.
Anatomie descriptive	M. BARABAN, A O, agrégé, ch. du cours.
	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours

COURS ANNEXES.

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux... ..	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SCHMITT, A O agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants ...	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. GUÉRIN.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	RENÉ. A O.	REMY.
BARABAN, A O.	NICOLAS.	P. PARISOT.
BAGNÉRIS, A O.	VAUTRIN.	

AGRÉGÉ LIBRE : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ♂, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

Faible témoignage de mon inaltérable affection

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Éternels Regrets !

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES CHEFS DE L'HÔPITAL MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Nous avons été frappé, en suivant le service de M. le professeur Bernheim, de deux cas de pneumonie où la défervescence s'est produite avant le troisième jour. En cherchant parmi les observations recueillies ces dernières années, nous en avons trouvé plusieurs qui se rapportent au même fait. L'étude de cette forme de pneumonie nous a paru digne d'attirer l'attention, et, sur le conseil de notre maître, nous avons pris pour sujet de notre thèse inaugurale : de la *pneumonie abortive*.

Nous nous sommes proposé d'étudier cette variété particulière de pneumonie d'une manière générale, c'est-à-dire chez les personnes de différents âges.

Après un court historique de la question, la première partie de notre travail est consacrée aux observations.

Celles que nous avons pu recueillir nous-même se rapportent uniquement à des pneumonies d'adultes, excepté une seule chez une femme de soixante-huit ans.

Les observations relatives à cette forme de pneumonie chez les vieillards sont empruntées à un article intitulé : de la *pneumonie abortive* chez le vieillard, qui a été publié au commencement de cette année dans la *Revue Médicale de l'Est* par M. le professeur Bernheim et M. le professeur agrégé P. Parisot.

Nous regrettons de ne pas avoir rencontré de pneumonie

abortive chez l'enfant ; elle existe cependant et nous avons jugé à propos de reproduire une observation nette à cet égard, que nous avons empruntée à Parrot (1).

Après avoir cherché à tirer de ces observations une définition de la pneumonie abortive, nous abordons l'étude clinique de l'affection, que nous prenons à son début, et que nous suivons dans sa marche et sa durée jusqu'à sa terminaison.

Enfin nous passons brièvement sur l'étiologie et la pathogénie — questions encore obscures et très controversées — sur le diagnostic, le pronostic et le traitement qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on rencontre dans la pneumonie franche.

Au sujet du traitement, nous essayons de montrer que la médication est impuissante à faire avorter la pneumonie.

Quant aux conclusions, nous les avons en partie empruntées au travail de MM. Bernheim et P. Parisot. Aussi, qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre gratitude à ces deux maîtres distingués. Nous remercions M. le professeur Bernheim, de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous sommes heureux de dire aussi à M. le professeur agrégé P. Parisot, combien nous lui sommes reconnaissant des conseils qu'il nous a toujours si complaisamment donnés, pour la rédaction de ce travail.

1. PARROT. — De la fièvre herpétique (*Gazette hebdomadaire*. Paris, 1871).

CHAPITRE PREMIER

Historique

Le sujet, que nous abordons, n'a été étudié, d'une façon sérieuse, que depuis une vingtaine d'années, c'est-à-dire du jour où l'emploi du thermomètre dans les cliniques a permis de suivre, d'une manière très précise, la marche et l'évolution des maladies.

Les premiers auteurs, qui parlent de cette forme particulière de la pneumonie, ne font guère que la signaler en passant, sans la commenter et sans chercher à l'expliquer.

En 1840, Andral (1) décrivait déjà des pleuro-pneumonies, qui se seraient arrêtées à la période de congestion, et au sujet des différentes terminaisons de la pneumonie, il cite trois cas qui auraient duré moins de cinq jours.

Quelques années après, Marotte (2) qui avait déjà entrevu la nature infectieuse de la pneumonie, et allait même jusqu'à

1. ANDRAL. — *Clinique médicale*, t. III; *Maladies de poitrine*, t. I^{er}, p. 255. Paris, 1840.

2. MAROTTE. — Fièvre synoque péripleurmonique (*Archives générales de médecine*, 1855, t. II).

nier catégoriquement l'influence du froid, rapporte trois observations de pneumonie écourtées. Ces observations nous ont paru dignes d'attention, et comme elles sont les premières en date, nous avons cru bien faire d'en citer deux pour montrer les idées qu'on se faisait à cette époque de l'affection qui nous occupe.

C'est seulement en 1865 que M. Charcot (1) propose pour la première fois à la société médicale des hôpitaux, l'expression de pneumonie abortive, expression qui fut adoptée depuis dans le langage de la science.

A ce propos, nous croyons qu'il est intéressant de rapporter ici les propres paroles de ce grand maître : « La dénomination d'*abortive*, dit-il, donnée par moi à une certaine forme de pneumonie des vieillards, s'applique à ces affections thoraciques, qui se développent à l'époque où les pneumonies deviennent communes, se manifestent d'abord avec tous les caractères propres à la phlegmasie pulmonaire, point de côté, frisson, signes stéthoscopiques, etc., puis cessent brusquement au deuxième ou troisième jour. »

Vers le même moment, Grisolle (2) et M. Gallard citent quelques cas rares de pneumonie où la défervescence s'est faite avant le cinquième jour.

L'année suivante, en 1866, un des élèves de M. Charcot, le docteur Bergeron (3), dans sa thèse inaugurale, rapporte encore un cas de pneumonie abortive survenue chez un vieillard, mais toujours sans aucun commentaire.

Il faut arriver jusqu'en 1878, pour voir M. Bernheim (4)

1. CHARCOT. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1865, p. 90.

2. GRISOLLE. — *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, 1864.

3. BERGERON. — Thèse. Paris, 1866.

4. BERNHEIM. — De la pneumonie abortive (*Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, 1877).

publier un mémoire, où il étudie d'une façon précise, quoiqu'assez succincte, la forme abortive de la pneumonie qu'il nomme aussi *fébricule pneumonique*, et qu'il compare aux formes abortives de la fièvre typhoïde. Il termine par deux exemples que nous reproduisons dans notre travail.

Depuis, les observations se sont multipliées, et il serait fastidieux de faire ici une longue énumération de tous les auteurs qui en ont signalé; mais aucun d'eux ne cherche à en tirer des conclusions.

Vers la même époque, la question était également étudiée en Allemagne et dès 1864, Thomas de Leipzig (1) affirmait que la pneumonie peut faire sa défervescence avant le cinquième jour.

Après lui, Lebert (1871) (2), Wunderlich (1872) (3), Leube (1877) (4) et Jürgensen (5) publient des statistiques qui montrent bien tout le soin que ces observateurs avaient mis à suivre l'évolution de la pneumonie.

Wunderlich avait même essayé de donner une définition de la forme écourtée de cette maladie. Mais sous le nom de *fébricule pneumonique*, il englobe aussi bien les cas de faible intensité que les cas de courte durée.

En 1886, M. Letulle (6), dans sa thèse d'agrégation intitulée : *des pyrexies abortives*, consacre son dernier chapitre à la pneumonie abortive dont il fait une étude assez détaillée et assez complète. Cet ouvrage a été pour nous un guide précieux

1. THOMAS. — Ueber die Temperaturverhältnisse bei croupöser Pneumonie (*Arch. der Heilkunde*, 1864).

2. LEBERT. — *Deutsche Archiv. der klinischen Medicin*, 1871.

3. WUNDERLICH. — *De la température dans les maladies*. Traduction Labadie-Lagrave, 1872.

4. LEUBE. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1877.

5. JURGENSEN. — Croupöse Pneumonie, in *Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie*, V, Band II.

6. LETULLE. — *Des pyrexies abortives*. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

et nous lui avons fait quelques emprunts, tout en insistant sur certains points qui étaient restés un peu trop dans l'ombre.

Enfin au commencement de cette année, M. le professeur Bernheim et M. le professeur agrégé P. Parisot (1) font paraître dans la *Revue médicale de l'Est*, un article sur la pneumonie abortive des vieillards. Outre sept observations pleines d'intérêt, nous avons emprunté à cette publication un certain nombre de documents qui nous ont été d'une grande utilité dans la rédaction de notre travail.

Comme on le voit, le sujet, qui nous occupe, n'est pas tout à fait neuf; mais en essayant de faire ressortir les parties qui ont été le plus négligées, et surtout en présentant une série d'observations intéressantes, nous espérons cependant donner une certaine valeur à notre œuvre.

1. BERNHEIM et P. PARISOT. — De la pneumonie abortive chez le vieillard. (*Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1889.)

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Pneumonie gauche. Durée : 2 jours et demi (Service de M. BERNHEIM).

Le nommé Maujean (Jean), âgé de 26 ans, entre le 2 février 1889, à l'Hôpital civil, salle XI, lit n° 4.

Le 1^{er} février, le malade s'étant couché vers huit heures, bien portant, après avoir diné comme d'habitude, est pris subitement, vers neuf heures, au niveau de la partie inférieure de l'aisselle gauche, d'un point s'irradiant jusque la partie postérieure de l'épaule. Puis, une demi-heure après, il ressent, environ pendant dix minutes, un léger frisson qui n'est pas suivi de chaleur ni de sueur.

Tousse légèrement depuis ce moment.

2 février. — Fièvre, anorexie, oppression. Crache depuis ce matin.

2 février (soir). — Temp., 39°; pouls, 120.

3 février (matin). — Temp., 48°; pouls, 128.

3 février (soir). — Temp., 39°6; pouls, 120.

4 février (matin). — Temp., 37°4; pouls, 80.

Etat actuel. — Constitution bonne; tempérament mixte. Langue blanche, peau un peu moite; facies vultueux. Le point de côté persiste encore, quoiqu'ayant un peu diminué. Expectoration visqueuse, ressem-

blant assez à de la marmelade d'abricots. Respiration costo-abdominale. Le malade a saigné du nez hier dans l'après-midi.

En avant. — A gauche, son un peu tympanique sous la clavicule ; submatité aux troisième, quatrième, cinquième et sixième espaces.

A droite, son clair, ample, également un peu tympanique.

Respiration diminuée à gauche.

A droite, respiration un peu rude et comme supplémentaire.

En arrière. — A droite, submatité dans les fosses sus et sous-épineuses.

A gauche, sonorité dans les points correspondants.

Le son devient plus clair, mais très peu ample, au niveau de l'angle de l'omoplate des deux côtés.

Submatité dans les quatre derniers espaces, également des deux côtés.

Dans les fosses sus et sous-épineuses droites et la région interscapulaire, inspiration un peu rude, expiration soufflée, sans râles.

Le souffle disparaît vers l'aisselle.

A gauche, inspiration nette et expiration soufflée. Dans la fosse sous-épineuse, on perçoit nettement des râles sous-crépitaux qui se prolongent jusqu'à la base.

5 février (matin). — Temp., 36°6 ; pouls, 68.

L'expectoration, très abondante, contient encore des crachats visqueux. Le malade accuse toujours un point en dehors du sein gauche.

En avant. — Son normal des deux côtés.

A gauche, affaiblissement du bruit vésiculaire.

A droite, inspiration rude, rugueuse ; expiration prolongée.

En arrière. — Son peu clair et peu ample à droite et à la base gauche.

Respiration soufflée dans les fosses sus et sous-épineuses avec quelques râles sous-crépitaux à l'inspiration.

A la base, respiration nette sans râles.

A gauche, expiration légèrement soufflée et quelques sibilances dans la fosse sus-épineuse.

A la base, la respiration est vésiculaire, et on entend des râles lointains qui ne sont plus sonores.

Le malade a dormi trois heures cette nuit ; il commence à avoir de l'appétit.

6 février. — Apyrexie. Le point a beaucoup diminué.

En avant. — Respiration plus rude à droite qu'à gauche.

En arrière. — Submatité un peu partout, mais plus prononcée à gauche.

Les phénomènes perçus à l'auscultation sont toujours les mêmes : respiration soufflée avec râles sous-crépitaux, mais beaucoup plus accentués du côté gauche.

7 février. — Apyrexie. Expectoration presque nulle. Les signes physiques persistent encore, excepté à la base où la respiration est devenue vésiculaire.

9 février. — La respiration soufflée diminue ; elle a presque disparu à gauche ; encore quelques râles. A droite, elle persiste dans la fosse sus-épineuse et dans la région interscapulaire.

13, 14, 15 février. — Il reste encore un peu de respiration soufflée dans les sommets sans râles.

Il s'agit ici d'un homme qui a présenté tous les signes physiques et fonctionnels d'une pneumonie. La défervescence s'est faite le troisième jour, en dehors de tout traitement, et cependant les symptômes thoraciques ont persisté une dizaine de jours après la chute de la température.

OBSERVATION II

Pneumonie de l'aisselle droite. Durée : 2 jours et demi environ
(Service de M. BERNHEIM)

Le nommé Vautrin (Michel), âgé de 39 ans, journalier, avait, le 6 juin, travaillé comme d'habitude, lorsque, vers quatre heures du soir, il est pris subitement de frissonnements suivis de chaleur.

Depuis le début, inappétence, soif vive, selles régulières.

Le malade accuse des excès alcooliques.

Il y a sept ans, il aurait eu déjà une fluxion de poitrine et aurait été traité à Saint-Charles où il serait resté huit jours.

Il entre à l'Hôpital civil le 8 juin. Temp., 39°8.

9 juin. — Temp., 37°. La défervescence a donc commencé avec le début du troisième jour. Depuis, température normale ou hyponormale.

10 juin (état actuel). — Constitution bonne, tempérament mixte. Temp., 37°.

Thorax bien conformé. Respiration costo-abdominale.

En avant. — Son clair, assez ample, sous la clavicule gauche, légèrement tympanique à droite, dans toute la hauteur.

Inspiration sèche à gauche, plus rude à droite ; expiration prolongée des deux côtés.

En arrière. — Son normal dans tout le côté gauche.

A droite, son ample, un peu tympanique dans la fosse sus-épineuse. Légère submatité dans la fosse sous-épineuse et à la base.

Respiration normale à gauche, excepté dans la fosse sus-épineuse, où elle est un peu rugueuse.

A droite, dans la fosse sous-épineuse, souffle tubaire, sans râles, jusque vers l'angle de l'omoplate. A la partie moyenne de l'aisselle, râles crépitants, fins, sans souffle. Respiration assez nette à la base.

Expectoration abondante avec crachats jaunâtres et quelques stries de sang.

12 juin. — Temp., 36°2.

Les signes physiques persistent encore, mais très atténués ; le souffle seul a disparu complètement. L'expectoration a aussi cessé.

Le 13, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION III

Pneumonie de la base droite. Durée : 2 jours et demi. — Hospice Saint-Julien, clinique des vieillards (Service de M. PARISOT).

La nommée Gouget (Madeleine), âgée de 68 ans, est atteinte depuis quatre ans d'une bronchite chronique, avec dyspnée intense et expectoration très abondante.

Depuis quelques jours, la malade prétend ne plus cracher, et se plaint de douleurs d'estomac lui donnant des nausées.

Dans la nuit du 20 au 21 juin, elle aurait été prise d'un point de côté à droite ; pas de frisson.

Depuis, elle se plaint d'oppression et d'inappétence.

22 juin (état actuel). — Face pâle, pommettes légèrement colorées, dyspnée considérable. Langue blanche et humide. Intelligence nette, pas de subdélire.

Temp., 38°4 ; respiration, 28 ; pouls régulier, égal à 96.

Expectoration muco-purulente.

En avant. — Sous la clavicule et dans les deux premiers espaces, le son est plus ample, plus profond à droite qu'à gauche.

A droite, inspiration sèche, expiration très peu nette.

A gauche, inspiration rude, expiration fortement prolongée sans râles.

En arrière. — Son moins ample dans la fosse sus-épineuse gauche. Sonorité normale dans la fosse sous-épineuse et à la base.

A droite, submatité dans la fosse sous-épineuse; matité à la base.

Respiration normale dans les deux sommets et à la base gauche.

A droite, à partir de l'angle de l'omoplate, on perçoit de nombreux râles crépitants, surtout très nets à la base, et remontant jusque dans l'aisselle.

23 juin. — L'état de la malade s'est un peu amélioré. Temp., 37°3. Expectoration plus abondante; crachats légèrement rouillés. Dyspnée moins intense.

Les signes stéthoscopiques persistent les mêmes.

24 juin. — Temp., 37°. Respiration moins haletante. Langue encore un peu blanche. Mais l'appétit est revenu et la malade a mangé hier de la viande.

Hier aussi, elle a eu des sueurs profuses.

Sonorité toujours diminuée à la base droite et râles crépitants nets depuis l'angle de l'omoplate.

25 juin. — Temp., 36°, hyponormale.

Expectoration très visqueuse, adhérente au vase, avec crachats verdâtres et quelques-uns brunâtres.

Du côté du poumon, les signes physiques sont toujours les mêmes et persistent encore quelques jours, sans que la température soit remontée au-dessus de 37°.

C'est donc bien là une variété abortive de pneumonie.

OBSERVATION IV

Pneumonie du sommet gauche. Durée: 3 jours et demi
(Service de M. BERNHEIM).

Le nommé Bonnet (Louis), âgé de 48 ans, menuisier, entre à l'hôpital civil le 23 octobre 1888.

Cet homme, qui tousse et crache depuis environ quinze jours, est pris subitement, pendant la nuit du 20 au 21 octobre, d'un point de côté très intense, siégeant au niveau de la région précordiale et s'exaspérant beaucoup pendant les inspirations.

N'aurait pas eu de frisson.

Le 22, la toux augmente, l'expectoration devient sanguinolente, le point de côté persiste, tout en ayant beaucoup diminué.

24 octobre (état actuel). — Constitution bonne, temp., 37°6, pouls, 76, régulier, égal, assez ample.

Expectoration peu abondante, très visqueuse; quelques crachats rouillés.

Thorax bien conformé. Respiration, 26, costo-abdominale. La pointe du cœur bat au sixième espace, un peu en dedans de la ligne mamillaire.

En avant. — Sonorité normale des deux côtés.

A droite, respiration nette.

A gauche, au niveau des deuxième et troisième espaces, on perçoit des bouffées de râles crépitants à la fin de l'inspiration, mais seulement après avoir fait tousser le malade.

Respiration nette en arrière et dans les aisselles.

Au niveau de la narine droite et de la commissure labiale droite, on constate de petites vésicules d'herpès qui auraient apparu le 22 octobre.

Le 25 et les jours suivants jusqu'au 30, on perçoit encore des râles crépitants. L'expectoration est toujours visqueuse et un peu rouillée; mais la température est redevenue normale, oscillant entre 36° et 37°. La défervescence est donc faite.

OBSERVATION V

Pneumonie gauche. Durée: 2 jours (MM. BERNHEIM et P. PARISOT)
[*Revue médicale de l'Est*, 1889]

Le nommé Potard (Nicolas). âgé de 60 ans, terrassier, entre salle Saint-Roch, n° 9, le 21 juillet 1880.

Maladie antérieure: pleuro-pneumonie compliquée d'ictère il y a 14 ans. Depuis ce temps, respiration courte, peu d'expectoration.

Le 20 juillet, à huit heures du matin, il est pris, sans sensation de froid, d'un tremblement qui dure toute la journée; néanmoins il continue son travail, ne prenant pour toute nourriture qu'une tasse de bouillon. Le soir, il ressent un point douloureux à la partie inférieure de l'aisselle gauche; dans la nuit, il éprouve un sentiment de chaleur accompagné de soif vive et a de la diarrhée sans coliques.

21 juillet (soir) [jour de son entrée]. — Temp., 39°2; pouls, 100; resp., 28.

22 juillet (matin) [état actuel]. — Temp., 37°2; pouls, 80; resp., 26. Constitution moyenne, un peu détériorée. Thorax plus bombé à droite.

En avant. — Son moins ample et moins clair sous la clavicule droite. Inspiration rude et sèche, surtout à droite.

En arrière. — Son faible dans les fosses sus et sous-épineuses, sur-

tout à gauche ; submatité depuis le huitième espace jusqu'à la base à gauche, sonorité à droite.

A droite, respiration rude au sommet, plus obscure à la base.

A gauche, respiration nette au sommet, s'accompagnant de râles trachéo-bronchiques ; vers l'angle de l'omoplate, dans la région interscapulaire, respiration légèrement soufflée sans râles ; à la base, respiration obscure ; à l'aisselle, respiration nette.

L'expectoration, qui n'existe que depuis le 21 au matin, ressemble à une solution de gomme.

Bruits du cœur faibles, pas d'hypertrophie. Foie normal.

Langue un peu sèche ; la nuit a été bonne. La douleur de côté existe encore un peu.

OBSERVATION VI

Pneumonie du sommet droit. Durée : 2 jours et demi environ
(MM. BERNHEIM et P. PARISOT) [*Revue médicale de l'Est*, 1889]

La nommée Salin (Pauline), âgée de 67 ans, entre, le 27 mars 1888, à l'hôpital civil, salle XV, lit n° 14.

Le 25 au soir, cette femme rentre chez elle fatiguée ; dans la nuit, elle se réveille en tremblant, elle éprouve une douleur vers l'aisselle droite et se plaint d'un sentiment de chaleur.

Le 26, elle reste alitée, tremble encore, tousse, mais ne crache pas, le point de côté augmente ; le 27 au soir, elle commence à cracher, la température est de 39°5 ; le 28 au soir, la température est normale. La défervescence est faite.

29 mars (état actuel).— Incurvation de la colonne vertébrale (cyphose). Joues colorées, croûte d'herpès sur la lèvre inférieure. Langue blanche, sèche au milieu ; inappétence, une selle diarrhéique. Température normale. Pouls, 80, assez ample, irrégulier parfois ; les artères sont athéromateuses. Le point de côté persiste encore.

Expectoration visqueuse, vert olive. Respiration costo-abdominale.

En avant. — A gauche, son clair, ample, profond, normal.

A droite, son moins ample ; au troisième espace, son égal des deux côtés. Respiration nette, quelques râles secs.

En arrière. — Sonorité égale dans les deux fosses sus-épineuses, submatité dans la fosse sous-épineuse droite, sonorité égale dans les deux bases.

A droite, respiration souflée avec bouffées de râles crépitants dans les fosses sus et sous-épineuses quand le malade tousse. Respiration nette au-dessous.

A gauche, respiration nette avec quelques râles secs.

20 mars. — La température reste normale, oscillant entre 37° et 37°4. Crachats rouillés, souffle au sommet droit, point de côté durant la nuit, urines abondantes.

1^{er} avril. — Même température.

Expectoration vert olive, râles crépitants au sommet droit. Va bien.

3 avril. — Toux fréquente durant la nuit. Souffle dans la fosse sus-épineuse.

Traitement: Sirop de morphine, 20 grammes.

OBSERVATION VII

Pneumonie de la base droite. Durée: 4 jours (Service de M. BERNHEIM).

Le nommé Dubuisson, âgé de 35 ans. journalier, aurait été pris subitement, dans la nuit du 19 au 20 septembre, vers six heures et demie, d'un point de côté à droite et d'un frisson qui a duré toute la nuit. Il aurait eu aussi de la céphalalgie et des vomissements. Il entre à l'hôpital civil le 20 septembre au soir. Le point de côté a beaucoup diminué, mais le malade tousse et il a une expectoration visqueuse très adhérente au vase.

Température, 40°; pouls, 120; resp., 40.

21 septembre. — Temp., 39°; pouls, 104.

22 septembre (état actuel). — Temp., 38°8; pouls, 104.

Expectoration un peu plus abondante. Le point de côté a disparu après l'application de ventouses scarifiées.

A gauche, sonorité et respiration normales.

A droite, matité compacte à la base.

A l'auscultation, on perçoit de la bronchophonie au niveau de l'angle de l'omoplate et des râles crépitants et sous-crépitanes à la base.

23 septembre. — Temp., 37°8; pouls, 80. A toussé beaucoup dans la journée d'hier et a un peu déliré la nuit. Il prend une potion avec 15 grammes de sirop de chloral et 2 grammes de bromure de potassium. A partir de ce moment, il redevient calme et il sort de l'hôpital le 28 septembre parfaitement guéri. On perçoit cependant encore à la base droite quelques petits râles muqueux.

OBSERVATION VIII

Pneumonie du lobe inférieur droit, suivie d'érysipèle abortif. Durée : 36 heures. (MM. BERNHEIM et P. PARISOT) [Revue médicale de l'Est, 1889].

Le nommé Sartor (Joseph), âgé de 63 ans, est depuis deux ans à l'hôpital civil où il occupe le lit n° 16, salle XI.

Le 2 février, à neuf heures du soir, le malade accuse des frissonnements qui durent jusqu'au lendemain; inappétence, pas de point de côté, pas d'oppression.

3 février (soir). — Temp., 38°; pouls, 76; resp., 28; le malade reste alité.

4 février (matin). — Temp., 37°; pouls, 68; resp., 28.

Langue normale. Expectoration séro-spumeuse.

En avant. — Son normal des deux côtés, respiration nette.

En arrière. — Son égal des deux côtés, faible dans les deux sommets et dans la fosse sous-épineuse gauche.

A gauche, respiration nette.

A droite, foyer de râles crépitants fins à la base du poumon droit.

Soir : Temp., 37°2; pouls, 72.

5 février. — Temp., 36°8; pouls, 68.

Les râles crépitants persistent, pas de bronchophonie.

6 février. — Râles sous-crépitanants à la base du poumon droit. Pneumocoques dans les crachats.

Le malade va bien.

7 février. — A huit heures du soir, frisson accompagné de céphalalgie frontale.

8 février (soir). — Temp., 38°2; pouls, 100; resp., 32.

9 février (matin). — Temp., 37°4; pouls, 100; resp., 32.

Quelques excoriations sur le bord inférieur des narines, avec léger œdème.

Expectoration muqueuse, quelques râles sous-crépitanants fins à la base droite.

Le malade a bien dormi la nuit dernière, ce matin il va bien.

10 février (matin). — Les crachats contiennent encore des pneu-

mocoques. Hier frissons; aujourd'hui, sur la partie inférieure de l'aile gauche du nez et sur la joue, plaque rouge sans gonflement notable.

A la base du poumon droit, respiration faible, quelques ronchus aux deux bases.

Le malade est transféré au pavillon des maladies contagieuses, dont il sort guéri au bout de quelques jours.

OBSERVATION IX

Traumatisme. — Pneumonie du lobe inférieur gauche. Durée: 2 jours environ (MM. BERNHEIM et P. PARISOT) [*Revue médicale de l'Est*, 1889].

Le nommé Gaucel (Jean), âgé de 75 ans, jardinier, entre à l'hôpital civil, salle XI, lit n° 1, le 15 mai 1888.

Cet homme est atteint d'une paralysie agitante qui a débuté il y a cinq ans; il marche en s'aidant d'un bâton et présente une cyphose. Il n'accuse pas d'excès alcooliques.

13 mai. — A huit heures du soir, il tombe dans un escalier d'une hauteur de huit marches; à la suite de cette chute, on est obligé de le porter sur son lit.

14 mai. — Il ressent, au matin seulement, un point dans le côté gauche de la poitrine, il reste alité.

15 mai. — Il se lève et vient à l'hôpital. Soir: Temp., 38°2; pouls, 80.

16 mai (matin). — Temp., 37°8; pouls, 76, régulier, égal, dur. Pommettes colorées; langue sèche; pas de toux ni d'expectoration.

En avant. — Respiration nette.

En arrière. — Son faible dans les deux bases des poumons.

A gauche. A la base jusqu'au dessous de l'angle de l'omoplate, râles sous-crépitan; à la partie inférieure de l'aisselle, râles crépitants.

A droite. A la base, respiration nette sans râles.

Traitement: potion avec extrait de quinquina.

Soir: Temp., 38°; pouls, 76.

17 mai (matin). — Temp., 36°8; pouls, 56.

A gauche, dans les trois derniers espaces, râles sous-crépitan.

18 mai (soir). — Temp., 37°8. Insomnie.

19 mai (matin). — Temp., 36°6.

Il existe encore quelques râles sous-crépitaux à la base gauche ainsi qu'à droite.

Le 21 mai, le malade va bien, on ne constate plus de râles.

Le 7 juin, il sort de l'hôpital.

OBSERVATION X

Pneumonie centrale gauche. Durée : 4 jours (Service de M. BERNHEIM).

Le nommé Lacour (Etienne), âgé de 29 ans, cordonnier, entre à l'hôpital civil le 18 mars 1885.

N'accuse aucune maladie antérieure.

Le 17 mars, le malade avait travaillé toute la journée, sans ressentir aucun malaise, quand, à huit heures du soir, il est pris d'une douleur subite dans le côté gauche, au niveau de la huitième côte. Ce point de côté très douloureux est surtout pénible quand le malade tousse.

Environ une heure après l'apparition du point de côté, il ressent des frissons multiples.

Toussait déjà depuis cinq mois et avait une expectoration abondante, surtout le matin.

18 mars (soir). — Jour de son entrée. Temp., 40°1; pouls, 101; respir., 44.

19 mars (matin, état actuel). — Temp., 39°2; pouls, 112, régulier. ample. Respiration, 42, costo-abdominale.

Région sus-claviculaire un peu plus bombée à droite.

Expectoration visqueuse, adhérente au vase et légèrement sanguinolente.

En avant. — A gauche, son clair, ample, profond, un peu tympanique. Inspiration nette, avec ronchus sonores; expiration faible.

A droite, son moins ample.

Respiration vésiculaire normale; quelques ronchus.

En arrière. — Sonorité égale dans les deux fosses sus-épineuses et dans presque toute la hauteur. Submatité à gauche, dans les deux, et à droite dans les trois derniers espaces.

A gauche, respiration nette au sommet. Peu de râles dans toute la hauteur.

A droite, respiration normale au sommet et dans les fosses sus et sous-épineuses, faible et rugueuse à la base.

Le diagnostic de pneumonie gauche centrale est posé.

20 mars. — Temp., 39°5.

A l'auscultation, on perçoit à gauche des râles sous-crépitaux fins au niveau de l'angle de l'omoplate. La respiration est à peu près nette dans le reste de la hauteur.

Le point de côté a disparu.

Le 21 mars, la température tombe à 37°8, et le 22, à 36°8.

L'expectoration rouillée persiste. Les râles sous-crépitaux s'entendent jusqu'à la base.

En avant et à gauche, le son skodique se perçoit encore aux deuxième et troisième espaces.

La persistance de ces signes porterait à croire que la maladie suit son évolution ordinaire, si la température redescendue à l'état normal ne venait montrer que l'affection est terminée.

OBSERVATION XI

Foyer pneumonique aussonnet de l'aisselle gauche chez une cardiaque.

Durée : 2 jours environ (MM. BERNHEIM et P. PARISOT) [*Revue médicale de l'Est*, 1889].

La nommée Panigot (Catherine), âgée de 60 ans, est en traitement à l'hôpital civil depuis le 29 mars 1888, salle XV, lit n° 2, pour une insuffisance mitrale.

Les divers médicaments cardiaques n'arrivent plus à triompher de son asystolie et cette femme présente le tableau fidèle de la cachexie cardiaque.

29 octobre (matin). — La malade se plaint d'avoir mal dormi. Temp., 38°6.

Ni frissons, ni point de côté. Signes ordinaires de l'asystolie. Traitement : Infusion avec herbe de digitale, 60 centigrammes.

30 octobre (matin). — Facies injecté et prostré. Temp., 38°3.

Langue blanche. Pas de frissons ni de point de côté, ni de vomissements. Inappétence. Expectoration spumeuse avec un crachat rouillé caractéristique.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on note :

En arrière. — Matité aux deux bases, plus prononcée à droite.

A droite, à partir de l'angle de l'omoplate, râles sous-crépitaux sur

une hauteur de trois travers de doigt environ; au-dessous, absence du murmure vésiculaire (congestion pulmonaire et hydrothorax d'origine cardiaque).

A gauche, râles sous-crépitaux au niveau des deux derniers espaces (congestion pulmonaire d'origine cardiaque).

Dans l'aisselle gauche, au sommet, expiration nettement soufflée (foyer pneumonique). Au-dessous, respiration nette, ainsi que dans le reste de la poitrine.

Urines rouges, peu abondantes.

Soir: Temp., 38°4.

31 octobre (matin). — Temp., 37°7; pouls, 88.

Expectoration séro-spumeuse, légèrement striée de sang par places.

Au sommet de l'aisselle gauche, expiration soufflée moins intense.

Soir: Temp., 38°.

1^{er} novembre. — Temp., 36°3.

2 novembre. — Quelques crachats muqueux; expiration encore légèrement soufflée au sommet de l'aisselle. Dans la suite, la malade reprend sa santé habituelle.

OBSERVATION XII

Pneumonie de l'aisselle droite. Durée : 2 jours et demi

(Service de M. BERNHEIM)

La nommée Sallet (Mathilde), âgée de 36 ans, journalière, entre à l'Hôpital civil le 7 juin 1889.

Le 6, vers quatre heures du soir, elle aurait été prise d'un frisson ayant duré au moins six heures, frisson accompagné d'un point de côté et suivi de bouffées de chaleur avec sueurs abondantes.

8 juin (matin). — Temp., 39°; pouls, 132.

La malade accuse une douleur très vive au niveau du sein droit.

Expectoration peu abondante et adhérente au vase.

A la percussion, sonorité normale des deux côtés, dans toute la hauteur.

A l'auscultation, on ne constate ni râles crépitants ni souffle.

Elle prend un gramme de phénacétine à une heure de l'après-midi; à six heures, la température était tombée de 40° à 37°.

9 juin. — Temp., 37°.

A droite, vers le creux de l'aisselle, on entend quelques râles crépitants, mais seulement quand la malade a toussé.

11 juin. — Va bien. Demande sa sortie.

OBSERVATION XIII (résumée)

Pneumonie du lobe inférieur gauche. Durée : 2 jours
(MM. BERNHEIM et P. PARISOT) [*Revue médicale de l'Est*, 1889].

M. X..., âgé de 62 ans, est d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution.

9 mai 1886. — Bronchite avec toux pénible sans expectoration, avec fièvre remittente depuis le 14. Pas d'oppression ni de malaise notable. Cet état permettait à M. X... de vaquer à ses occupations, quand, dans la nuit du 17, il ressentit un violent point dans le côté gauche de la poitrine, s'accompagnant d'une dyspnée intense.

17 mai (matin). — Temp., 39°4; pouls, 110.

Face congestionnée, anxieuse. Dyspnée.

En arrière. — A gauche, submatité jusque vers l'angle de l'omoplate. Râles crépitants très nets, avec souffle tubaire et bronchophonie. Ronchus sonores disséminés dans la poitrine. Expectoration difficile, rouillée, visqueuse. Céphalalgie, prostration. Traitement : Potion kermétisée à 0,20. Ventouses sèches et scharifiées.

(Soir) : dyspnée moindre, mêmes symptômes physiques, expectoration plus forte. Temp., 40°2; pouls, 110.

18 mai (matin). — Temp., 39°; pouls, 104.

Expectoration plus facile, mais colorée.

Les râles sous-crépitan, le souffle tubaire, la matité persistent.

Même traitement.

(Soir) : Temp., 39°6; pouls, 110.

19 mai (matin). — Temp., 37°; pouls, 80.

Submatité, râles sous-crépitan de retour, souffle tubaire moins prononcé. Crachats peu colorés, moins visqueux. Plus de prostration. Même traitement.

20 mai. — La défervescence persiste; appétit. Plus de souffle, persistance des râles sous-crépitan.

Le 21, le malade se lève; le 22, il sort.

OBSERVATION XIV

Pneumonie avec défervescence le troisième jour (M. BERNHEIM)
[*Revue médicale de l'Est*, 1877].

T... (Héloïse), âgée de 43 ans, entre salle Sainte-Anne, n° 3, le 12 novembre 1876 au soir. Bien constituée et habituellement bien portante,

elle a été prise vendredi, 10 novembre, à trois heures, d'un frisson violent suivi de chaleur; cinq heures après, elle ressentit un point de côté à droite; en même temps, toux, oppression, expectoration.

A son entrée, le 12 novembre au soir : T., 40°2; P., 112; R., 36.

Le 13 novembre (matin), troisième jour, on constate : T., 37°4; P., 92; R., 32. La défervescence a eu lieu pendant la nuit, le troisième jour de la maladie. L'expectoration d'hier est visqueuse, couleur safran, avec quelques crachats aérés. On constate un thorax assez large, bien conformé, sonorité tympanique (skodique) sous la clavicule droite jusqu'au mamelon. A l'auscultation, on perçoit seulement de la rudesse, du bruit vésiculaire en avant. En arrière, submatité légère à droite commençant vers l'angle de l'omoplate et devenant de la matité complète depuis le huitième espace. La respiration est légèrement soufflée à la base; de plus, on perçoit par moment, pendant les inspirations profondes, quelques bouffées de râles crépitants.

La malade se trouve considérablement améliorée depuis hier soir. Elle affirme avoir déjà eu deux fluxions analogues depuis deux ans : la première aurait duré cinq jours, la deuxième trois jours, chaque fois avec fièvre. Cette fois-ci, elle était au second jour de sa période menstruelle quand elle a eu le frisson initial; la menstruation n'a pas continué. Prescription : Potion pectorale simple; vin de quinquina.

(Soir) : T., 37°6; P., 82; R., 28. Continue à se bien porter.

14 novembre (matin), quatrième jour. — T., 36°4; P., 84; R., 24. A eu deux légères épistaxis hier dans la journée. Aujourd'hui, les crachats sont moins visqueux, encore nacrés et semblables à une solution de gomme. La sonorité skodique persiste encore en avant et à droite; là aussi, on trouve une respiration rugueuse et une résonnance un peu exagérée de la voix. En arrière, la submatité persiste, moins compacte à la base droite; la respiration est rugueuse : ni souffle, ni râles crépitants.

(Soir) : T., 36°8; P., 34; R., 28.

15 novembre, cinquième jour. — T., 36°6; P., 80; R., 34. La température reste hyponormale; le son skodique est encore légèrement accusé en avant; la matité a presque disparu en arrière, la respiration est nette; à peine, vers la région interscapulaire droite, respiration rude avec un peu de retentissement de la voix. Expectoration moins visqueuse, blanche. L'appétit revient.

Le lendemain, la sonorité skodique a disparu; la respiration est nette; l'expectoration est catarrhale; on constate encore une légère submatité à la base depuis le huitième espace intercostal droit, avec de la respira-

tion rugueuse. La malade mange et se lève. Sa température, prise matin et soir jusqu'au 20 novembre, continue à être inférieure à 37°.

OBSERVATION XV

Laryngo-bronchite légère. Pneumonie intercurrente de quatre jours de durée. (Pneumonie abortive.) Albuminurie (M. LETULLE, Th. agrég. Paris, 1886).

Le nommé P... (Antoine), âgé de 21 ans, boulanger, entre le 30 janvier 1882, salle Saint-Thomas, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Empis. C'est un individu vigoureux qui n'a jamais été malade. La maladie actuelle a débuté, il y a quinze jours, par une bronchite légère.

Le 27 janvier, P... ressentit tout à coup un point de côté gauche de la poitrine; la fièvre et la dyspnée apparurent aussitôt et il fut obligé de prendre le lit.

Le lendemain, il expectorait des crachats d'abord *sanglants*, bientôt foncés en couleur et qu'il compare lui-même à la couleur des abricots.

Le 30 janvier, troisième jour de la maladie, le malade est examiné pour la première fois, le soir; la fièvre est vive, 40°5.

La percussion, normale à droite, donne à gauche une *matité presque complète* dans la moitié inférieure de la poitrine en arrière et remontant jusque dans la région axillaire. Dans toute cette zone de matité, *les vibrations vocales sont exagérées*.

L'auscultation dénote, dans toute la hauteur du poumon droit et au sommet gauche, une exagération des bruits respiratoires. Dans la moitié inférieure du poumon gauche, en arrière, et dans presque toute l'étendue de la région axillaire, il existe un *souffle tubaire* intense, mélangé de râles crépitants fins, au niveau de la partie supérieure de la zone d'hépatisation.

Le malade a rendu quatre ou cinq crachats fibrineux de couleur *jaune ocreuse*.

Ces signes démontraient l'existence d'une pneumonie fibrineuse. En outre, le malade était atteint de laryngite intense depuis une quinzaine de jours. Sa voix éteinte est presque imperceptible; la pression au niveau du larynx est douloureuse.

Les urines sont fortement *albumineuses*; elles contiennent des globules rouges.

31 janvier (matin). — L'état n'a pas changé. Le malade n'a pas expec-

toré, depuis la veille au soir, de nouveaux crachats colorés; son crachoir ne contient que quelques crachats muqueux. T., 39°8.

Les urines, plus rouges encore que la veille, renferment une grande quantité de globules sanguins.

On a prescrit : ventouses scarifiées sur la poitrine ; potion à l'eau-de-vie et teinture de digitale.

Le soir : la défervescence s'est produite dans la journée. Température 37°4. Sueurs profuses; dyspnée bien moindre. Le souffle tubaire persiste, mais mêlé à de nombreux râles sous-crépitants à grosses bulles. Toutefois les urines sont encore absolument sanguinolentes.

L'état général s'améliore de jour en jour.

Les urines cependant demeurèrent encore albumineuses ; l'hématurie cessa définitivement le 2 février. Mais pendant toute la durée du mois de février, l'albuminurie persista.

OBSERVATION XVI

Fièvre pneumonique abortive droite. Herpès labialis (trois poussées successives). Albuminurie transitoire (Résumée). [M. LETULLE, Th. agrég., Paris, 1886.]

Valot, 18 ans, garçon de magasin, employé au rayon des meubles, célibataire, vigoureux, de bonne santé habituelle, tomba brusquement malade dans la soirée du 18 octobre 1882. Il est pris d'un violent frisson entre huit et neuf heures du soir. La nuit se passe au milieu d'un grand malaise général accompagné de céphalalgie et de fièvre.

Cet état persiste le lendemain (19 octobre), la fièvre est intense puis survient une toux douloureuse et un point sous-mammaire droit apparaît.

Le malade entre le 20 octobre à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, suppléé par le docteur Landouzy. On note à la visite du soir une fièvre vive. Temp. rect., 40°2, on trouve au niveau de la région mammaire droite de la *matité*; à l'auscultation on note, dans la même région, des bouffées de *râles crépitants* et de la *bronchophonie*.

Le 21 octobre, troisième jour de la maladie, le malade a expectoré quelques crachats couleur d'abricot; les râles crépitants persistent dans la région mammaire et la respiration y est devenue un peu soufflante. En outre, l'examen de l'urine décèle la présence d'une faible quantité d'albumine. Enfin une plaque d'herpès s'est développée au niveau de la lèvre supérieure du côté gauche. La température rectale est le matin 38°6.

Le soir, elle ne dépassera pas 37°8. La défervescence commence au troisième jour de la maladie.

Le 22, le malade est dans un excellent état. La température rectale ne dépasse pas 37 degrés. Les râles crépitants de la région mammaire sont plus gros. Une seconde plaque d'herpès s'est formée au niveau de la lèvre inférieure du côté droit.

Enfin, le 23, cinquième jour de la maladie, l'albuminurie a définitivement disparu. Il n'y a plus d'expectoration. Une troisième plaque de vésicales herpétiques s'est formée au niveau de la commissure labiale droite.

Le traitement a consisté uniquement en ventouses sèches appliquées sur le point douloureux.

OBSERVATION XVII

Fièvre synoque pneumonique (pneumonie double), à forme inflammatoire, terminée du troisième au quatrième jour; diarrhée, sueurs et urines critiques du deuxième au troisième jour. — MAROTTE. De la fièvre synoque péripneumonique (*Arch. gén. de méd.*, 1855, t. II).

Le 14 octobre 1848, a été reçue à la salle Sainte-Anne, n° 4, la femme Bizet (Angélique), journalière, âgée de 69 ans. Douée d'une constitution saine et robuste, elle n'a jamais fait de maladie sérieuse dans sa vie, et aucun accident ou infirmité n'a troublé jusqu'ici la santé parfaite de son âge avancé.

Hier, au matin, vendredi 13 octobre, sans cause connue, elle a été prise d'un frisson fébrile qui a duré deux heures, assez léger toutefois, et qui a été suivi d'une chaleur médiocre avec une grande oppression de poitrine.

Le soir, à la tombée de la nuit, un nouveau frisson se déclare, et avec lui une douleur pongitive, au niveau des fausses côtes droites, une toux sèche, peu fréquente, exaspérant cette douleur, et enfin de la dyspnée; il s'ensuit bientôt de nouveau de la chaleur, avec une légère transpiration. Cet état dure sans aggravation toute la nuit.

Le samedi, au matin, la malade éprouve une légère rémission dans l'ensemble des symptômes, moins l'oppression, qui la détermine à entrer à l'hôpital.

Le 14 octobre (fin du premier jour), une heure après sa réception, elle présente l'état suivant : décubitus indifférent, face pâle et légère rou-

geur circonscrite des pommettes ; yeux brillants, mais humides ; peu de céphalalgie, lèvres et langue sèches, soif vive, chaleur modérée et sécheresse de la peau ; pouls fréquent, mais sans dureté, de 100 à 104 pulsations ; forte dyspnée, sensation incommode de pesanteur générale sur tout le thorax, et douleur pongitive au milieu de l'extrémité inférieure du sternum, qui s'aggrave dans les grandes inspirations et dans la toux ; celle-ci est peu fréquente, sèche ; ses secousses provoquent un sentiment d'âcreté à l'arrière-gorge, qui provoque lui-même des nausées et une amertume momentanée de la bouche, disparaissant aussitôt que la malade a bu.

La percussion fait constater une matité prononcée à la partie postérieure et inférieure des deux côtés du thorax ; à droite de la fosse sus-épineuse, à la base du poumon ; à gauche, elle occupe un espace de seulement quatre travers de doigt, tout à fait à la base ; partout ailleurs la résonnance est normale.

A l'auscultation, on entend, à droite, du souffle très rude le long du bord interne de l'omoplate, de l'épine à l'angle inférieur de cet os, et sur les limites de ce souffle, en allant vers l'aisselle, du râle crépitant très abondant ; à gauche, dans le point correspondant à la matité, le bruit respiratoire est nul dans la respiration ordinaire ; mais dans les secousses de la toux ou à la fin d'une grande inspiration, de larges bouffées de râles crépitants fins éclatent sous l'oreille. Hydros., 2 pots ; 2 juleps ; bryone, 12 ; 1 lavement émollient.

Le 15 (fin du deuxième jour). La nuit n'a pas été bonne ; la malade a été tourmentée par de la toux, qui, rare jusque-là, a été fréquente et pénible jusqu'au matin ; vers la fin de ce paroxysme, il y a eu quelques crachats séreux, liquides ; 2 selles abondantes, urines sédimenteuses. A la visite du matin, même état que la veille ; seulement le pouls est large, très mou, et ne donne plus que 84 pulsations. 2 juleps ; bryone, 12.

Vers trois heures de l'après-midi (milieu du troisième jour), une légère moiteur se déclare à la peau et dure pendant toute la nuit suivante, pendant laquelle la malade repose ; elle mouille une chemise et rend un grand vase d'urines rouges, sédimenteuses.

Le 16 (fin du troisième jour), sensation de bien-être parfait, facies naturel, langue blanche et humide, soif nulle, plus de céphalalgie ni de nausées, température de la peau normale ; pouls mou, dépressible, à 68 pulsations.

Respiration libre et facile, quoiqu'un vague sentiment de constriction persiste sur tout le thorax, autour des fausses côtes surtout ; la douleur du sternum a disparu ; toux et expectoration nulle ; toujours de la matité

dans les points indiqués ; le souffle à droite est devenu plus doux et comme lointain ; râle crépitant sur ses limites, ainsi qu'à gauche, à la base du poumon, dans la toux seulement. — Julep, bryone ; 1 bouillon.

Le 17, la malade demande à manger ; pouls lent, mou à 64 ; encore de la matité du souffle doux, lointain et du râle crépitant disséminé en arrière et à droite ; le bruit respiratoire reparait. — Julep, bryone, 24, 3 cuillerées ; 1 bouillon.

Le 18, pouls lent, dépressible, à 52 ; souffle à peine perceptible. — 1 julep, bryone, 24, 3 cuillerées ; 2 bouillons et un potage.

Les jours suivants, résolution parfaite.

Sortie le 31 octobre.

OBSERVATION XVIII

Synoque pneumonique, terminée le quatrième jour ; poussée d'herpès le deuxième ; puis le quatrième nouvelle éruption d'herpès et urines sédimenteuses ; sueurs et abaissement du pouls pendant les trois jours suivants. — MAROTTE. De la fièvre synoque péripneumonique. (*Archives générales de médecine*, 1855).

Un homme de 55 ans, journalier, est entré dans mon service le samedi 17 février 1855, au n° 9 bis de la salle Saint-Michel.

Il nous raconte, le lendemain 18, qu'il a été pris, sans malaise antérieur et tout à coup, d'un frisson, le jeudi, à une heure après midi, après avoir travaillé entre deux airs, le corps en sueur ; le frisson a été modéré et ne s'est pas renouvelé, il a été suivi de fièvre.

Pendant la nuit, est survenu du point de côté à gauche, avec dyspnée et expectoration de crachats rouillés.

Il a gardé le lit du jeudi au samedi, ayant toujours de la fièvre, du point de côté, de la toux et de l'expectoration de même nature.

Dans la nuit du vendredi au samedi (deuxième jour de la maladie), une petite plaque d'herpès a paru sur la lèvre supérieure droite, près de la commissure.

Le dimanche, au matin (milieu du quatrième jour), je constate l'état suivant : céphalalgie sus-orbitaire modérée, anorexie ; langue blanchâtre, large, humide ; pouls large, sans roideur, à 64.

Le point de côté persiste à gauche, il y a de la toux ; l'expectoration est aux deux tiers composée de crachats muqueux, aérés, mélangés d'un tiers de crachats visqueux, aérés, couleur de sucre d'orge ; l'inspiration est pénible.

L'auscultation indique, des deux côtés, des râles sonores et muqueux ; à gauche, vers le bas de la fosse sous-épineuse et dans un point circonscrit, les râles sont moins gras, moins humides, et l'expiration paraît avoir un peu de rudesse.

Le 18 (cinquième jour). — Il y a eu, pendant la nuit, une éruption d'herpès qui couvre la lèvre supérieure presque en entier ; une éruption de même nature se rencontre sur la langue, où elle se reconnaît à des plaques arrondies, blanchâtres et douloureuses ; le pouls est à 60, large et lent ; la peau moite, sans chaleur ; la langue est moins blanche, le malade a un peu d'appétit ; les urines ont laissé déposer de l'acide urique et des urates en abondance.

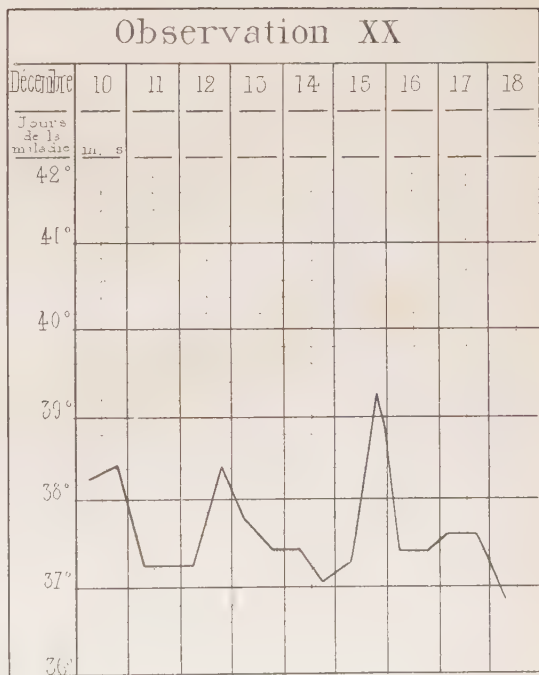
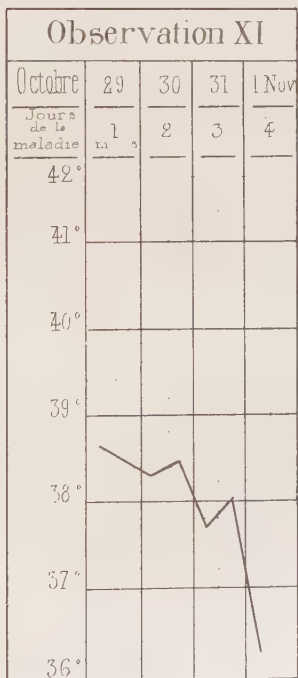
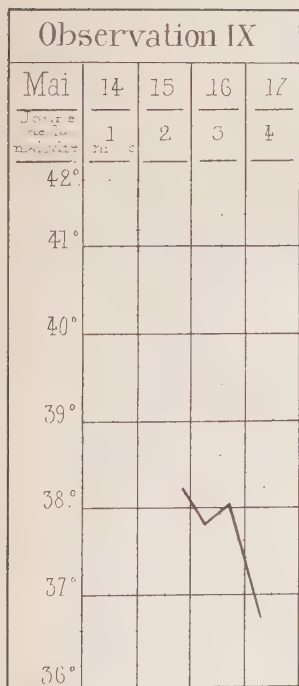
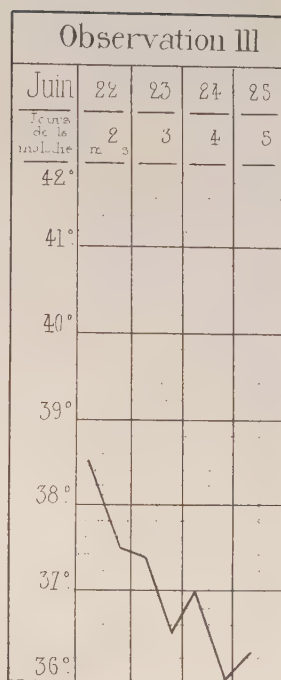
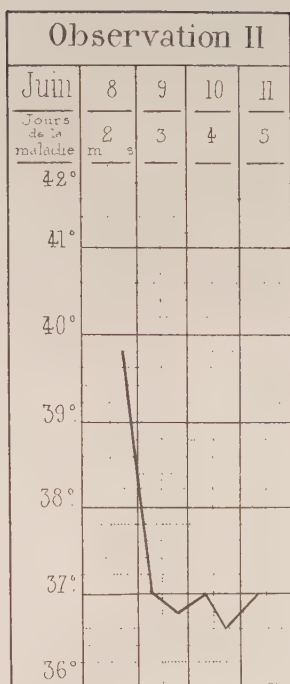
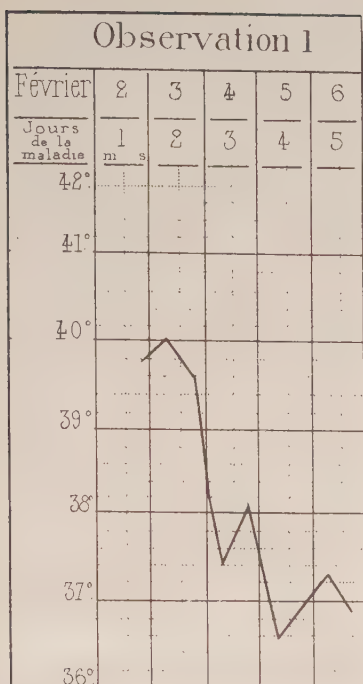
Râles muqueux partout, sans trace de râle de retour, de bruit de déplissement pulmonaire ou de respiration rude ; le malade sent à peine son point de côté.

Le 20, même état, appétit ; pouls à 60, lent, régulier, dépressible. — Deux bouillons, deux soupes.

Sueurs dans la nuit, du 20 au 21.

Le 22 et le 23, état complètement satisfaisant, pouls à 56 ; l'expectoration muqueuse diminue ; sueurs abondantes la nuit.

Le malade sort complètement guéri le 25, mangeant deux portions.



CHAPITRE III

Étude clinique

Définition. — Avant d'entreprendre l'étude clinique de l'affection qui fait le sujet de notre travail, nous pensons qu'il est indispensable de donner en commençant une définition nette de cette variété de pneumonie que nous appelons pneumonie abortive.

Nous désignerons de ce nom, les cas où, sans causes connues, la maladie s'arrête brusquement et évolue dans un temps plus court que la durée normale.

Il existe d'autres formes irrégulières de pneumonie, caractérisées, non plus par leur courte durée, mais par une absence de fièvre presque complète et une bénignité particulière des autres symptômes. Ce sont elles que M. Bernheim a appelées *ambulantes* ou *ambulatoires* et dont il cite un exemple très concluant dans son mémoire de 1877.

Ces pneumonies bénignes, doit-on, à l'exemple de Wunderlich, en faire des synonymes des pneumonies abortives? Aucunement; car la forme abortive est caractérisée, « non par son appareil symptomatique, qui peut être dès le début très intense, mais par sa courte durée. »

Quelle est donc la durée de la pneumonie ordinaire? Des statistiques ont été dressées dans ces dernières années d'une façon très précise. La suivante empruntée à M. Lebert porte sur 288 cas.

JOUR de la défer- vescence.	NOMBRE de cas.	P. 100.
—	—	—
3 ^e	4	1.4
4 ^e	13	4.5
5 ^e	36	12.5
6 ^e	28	9.8
7 ^e	54	18.8
8 ^e	52	18.1
9 ^e	37	12.8
10 ^e	17	5.9
11 ^e	23	8.0
12 ^e	9	3.1
13 ^e	7	2.4
14 ^e	3	1.0
15 ^e	2	0.7
16 ^e	2	0.7

Nous tirons également du *nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, un autre tableau plus complet, dressé par Jürgensen et comprenant 721 observations thermométriques recueillies par Griesinger, Lebert, Naunyn, Thomas, Wunderlich et Ziemssen.

Il donne les chiffres suivants:

JOUR de la défer- vescence.	NOMBRE de cas.	P. 100.
—	—	—
2 ^e	4	0
3 ^e	37	5.0
4 ^e	50	7.0
5 ^e	120	16.6
6 ^e	87	12.1
7 ^e	165	22.9
8 ^e	91	12.6

JOUR de la défer- vescence.	NOMBRE de cas.	P. 400.
—	—	—
9 ^e	72	10.0
10 ^e	29	4.0
11 ^e	35	5.0
12 ^e	10	»
13 ^e	10	»
14 ^e	4	»
15 ^e	3	»
16 ^e	3	»

Ce tableau nous montre que la pneumonie franche achève le plus habituellement son évolution du cinquième au neuvième jour :

Par conséquent nous pourrons avec M. Bernheim appeler *abortives*, les pneumonies qui font leur défervescence avant le cinquième jour.

En même temps, nous remarquons que, sur les 721 cas observés, la défervescence s'est faite 91 fois avant le cinquième jour. On rencontre donc en moyenne une forme abortive sur huit pneumonies.

Cette définition étant adoptée, et l'équivoque n'étant plus possible, nous arrivons à l'étude clinique de la maladie.

Il est admis par tout le monde que la pneumonie commune est rarement précédée de prodromes, et s'annonce d'une façon absolument brusque, brutale même, le plus souvent chez un sujet en pleine santé.

La forme abortive a-t-elle un début analogue ? Wunderlich lui distingue deux modes d'invasion. Dans une première série de cas, suivant l'auteur, on observe un frisson, suivi d'une augmentation brusque et très considérable de la température qui monte quelquefois jusqu'à 41° et revient à son état normal dans l'espace de deux ou trois jours. Dans la seconde catégorie, la température s'élève plus lentement, et ce n'est

guère avant le troisième jour qu'elle atteint son maximum (à peine 40°) pour redescendre aussitôt. Il est vrai que la première forme serait de beaucoup la plus fréquente et que l'autre serait même extrêmement rare.

Chez nos malades, nous avons vu presque toujours l'affection s'annoncer brusquement par un frisson, le plus souvent unique. Dans quelques cas (*Obs.* III, VII), cette invasion a été accompagnée de maux de tête, nausées et vomissements.

Le frisson est suivi le plus habituellement d'un point de côté, mais celui-ci peut ouvrir la scène, comme nous l'avons remarqué un certain nombre de fois (*Obs.* I, IV, VII, IX, X, XIII). Le frisson ou le point de côté peut faire défaut. Dans un cas (*Obs.* XI), il n'y eut même ni frisson, ni point de côté; une température de 38°5 attira seule l'attention vers le poumon et fit découvrir tous les symptômes physiques d'une pneumonie.

Mais dans ces cas particuliers, nous pensons qu'il faut attribuer l'absence de frisson et de point de côté à l'âge du sujet plutôt qu'à la nature bénigne de la maladie.

Dans quelques circonstances rares, où nous avons observé des prodromes, ceux-ci consistaient en céphalalgie (*Obs.* III), anorexie (*Obs.* XX), sensation de fatigue (*Obs.* VI). Dans deux cas, les malades étaient affectés de bronchite, l'un depuis huit jours (*Obs.* XIII), l'autre depuis quinze jours (*Obs.* IV).

En résumé, le début de la pneumonie abortive ne diffère en aucune façon de celui de la pneumonie ordinaire.

L'affection une fois déclarée, la température s'élève rapidement et acquiert, souvent dès les premiers instants (24 ou 36 heures) le degré le plus haut qu'elle doit atteindre, absolument comme dans la forme commune, de sorte qu'au début, rien ne saurait faire prévoir que l'évolution va s'arrêter au lieu de suivre son cours normal.

Chez tous les adultes qu'il a été possible d'observer dès le commencement, on a toujours vu la température monter au moins jusqu'à 40° avec légère rémission matinale.

Chez les vieillards, elle est restée plus basse, variant le plus habituellement entre 38 et 39°. Chez un seul (*Obs.* XIII), elle a atteint 40°2.

Le poulx a toujours suivi une marche parallèle à celle de la température et a présenté des différences semblables chez l'adulte et chez le vieillard.

Quant au mode de défervescence, nous ne lui avons rien trouvé de particulier. La fièvre est toujours tombée très rapidement, parfois même dans l'espace de quelques heures.

Nous avons remarqué également, que le lendemain de la défervescence, la température descend quelquefois au-dessous de 37° et cet état hyponormal peut persister pendant quelques jours. C'est encore là un signe commun avec la pneumonie franche.

Dans nos vingt observations, la chute de la température entre le 1^{er} et le 5^e jour, s'est faite dans les proportions suivantes :

Dans 1 cas, la durée de la maladie a été de 1 jour et demi ;			
— 4 —	—	—	2 jours ;
— 7 —	—	—	2 jours et demi ;
— 1 —	—	—	3 jours ;
— 2 —	—	—	3 jours et demi ;
— 5 —	—	—	4 jours.

Leube cite même deux cas où la défervescence s'est faite le premier jour. Dans la première observation, il s'agit d'une pneumonie droite qui s'est présentée avec tous les symptômes habituels : frisson, point de côté, crachats sanguinolents, matité et respiration soufflée à l'aisselle droite. La température qui était de 40°3, le premier jour, à midi, est tombée à

37°3 le lendemain matin et se mit à osciller les jours suivants entre 36°5 et 37°.

Le deuxième cas concerne un jeune soldat de 22 ans, où l'affection s'est présentée avec les mêmes caractères. La température qui s'était élevée le premier jour à 40°7 est descendue à 37°8 dans l'espace de 24 heures.

M. Letulle pense qu'il faut mettre en doute ces cas rapportés par l'auteur allemand où la pneumonie n'a duré qu'un jour. Evidemment des exemples de ce genre sont très rares; mais ils existent et pour s'en convaincre, il n'y a qu'à se reporter à notre observation XX que nous citons un peu plus loin. Il s'agit ici de deux rechutes de pneumonie survenues chez le même individu et qui n'ont duré la première que 24 heures, la seconde 12 heures seulement.

Nous arrivons maintenant à l'étude des signes physiques de la pneumonie abortive.

Nous avons observé dans la plupart des cas une expectoration peu abondante, visqueuse, adhérente au vase avec crachats rouillés caractéristiques, cette expectoration ayant persisté la plupart du temps, après la chute de la température. Dans quelques observations, l'expectoration a été nulle ou non caractéristique; mais il est à remarquer que ces dernières ont trait à des pneumonies de vieillards. Or personne n'ignore que la pneumonie commune est souvent défigurée dans la vieillesse et que les crachats rouillés font fréquemment défaut.

Mais dans tous les cas concernant les adultes, du moins dans ceux que nous avons observés nous-même, l'expectoration a toujours été pathognomonique. Sous ce rapport, nous ne partageons pas l'avis de M. Lépine (1) qui veut que les crachats

1. LÉPINE. — Pneumonie (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*).

de cette forme de pneumonie soient visqueux, blancs ou tout au plus safranés, mais *jamais rouillés*.

L'examen bactériologique des crachats a été pratiqué seulement chez deux malades et chez eux on a trouvé le microcoque spécifique de l'infection pneumonique. Il est regrettable que ces recherches n'aient pas été faites un plus grand nombre de fois, pour convaincre les quelques médecins de la vieille école qui persistent encore à croire que les formes abortives de la pneumonie n'existent pas, mais auraient été prises, dans quelques cas du moins, pour des poussées tuberculeuses.

La percussion fournit certains signes importants, caractérisés par de la matité ou de la submatité au niveau du point où siège le foyer pneumonique. Dans un certain nombre de cas, nous avons observé un son tympanique plus ou moins accentué, en avant, en haut et du côté de l'affection (*Obs.* II, X et XIV). Une seule fois (*Obs.* I) cette sonorité tympanique existait des deux côtés.

D'après M. Lépine, qui fait de la pneumonie abortive une simple congestion aiguë du poumon, on ne rencontrerait jamais d'augmentation des vibrations thoraciques. Ce signe s'il existe, doit être en effet bien rare, car il n'a pas été noté une seule fois dans nos observations. M. Letulle en rapporte cependant un cas bien net, que nous lui avons emprunté, et qu'on trouvera mentionné dans l'observation XV.

L'auscultation nous présente des signes qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la pneumonie commune ; râles crépitants ou sous-crépitanants avec leurs caractères, respiration plus ou moins soufflée, qui prend dans certains cas le timbre rude du souffle tubaire.

Jusqu'à la bronchophonie qu'on rencontre dans quelques circonstances (*Obs.* XIII, XIV et XVI) empruntées à MM. Bern-

heim et Letulle, nous n'avons observé qu'une seule fois ce caractère (*Obs.* VII).

Certains auteurs, entre autres M. Lépine et son élève M. Dupasquier, ont dit que le souffle, quand il existe est un souffle doux ayant son maximum à la racine des bronches, ce qui prouverait qu'il est symptomatique d'une simple congestion pulmonaire et non d'une hépatisation.

Sans nier que le souffle et la bronchophonie n'acquièrent pas chaque fois cette âpreté, cette résonnance métallique qu'on rencontre dans certains cas de pneumonie franche, néanmoins, quand ces signes sont accompagnés de matité et de crachats rouillés, on est bien obligé d'admettre non pas un simple engouement, mais une hépatisation du parenchyme pulmonaire.

D'ailleurs, comment expliquer la persistance des phénomènes physiques quelques jours après la chute de la température? S'il y avait simple congestion, ceux-ci disparaîtraient en même temps que la fièvre, c'est-à-dire beaucoup plus vite, tandis que, s'il existe véritablement une hépatisation, il faut que les alvéoles se débarrassent de l'exsudat qu'elles contiennent, ce qui demande toujours un certain laps de temps.

M. Letulle cherche, au moyen d'une troisième hypothèse, à concilier les deux opinions précédentes, et se demande « s'il ne serait pas rationnel d'admettre dans la pneumonie abortive, au moins pour les cas durant trois ou quatre jours, un noyau central d'hépatisation entouré d'une large zone de congestion ».

L'anatomie pathologique de la lésion étant tout à fait inconnue, il est difficile de se prononcer d'une façon absolument certaine, mais si l'on s'en rapporte uniquement aux symptômes observés, on est bien obligé de songer à la présence d'un noyau hépatisé quelque petit qu'il soit.

Dans la forme abortive, comme dans la forme ordinaire de la pneumonie, la défervescence est souvent accompagnée de phénomènes critiques : herpès, sueurs profuses, diarrhée, urines abondantes et albumineuses, jusqu'aux épistaxis ; tous ces caractères ont été signalés.

Parmi ceux-ci, le plus commun, et celui sur lequel les observateurs ont le plus insisté, est, sans contredit, l'herpès. Marrotte avait déjà signalé ces éruptions dans une observation de pneumonie qui se termine le quatrième jour. M. Letulle rapporte également un cas de pneumonie abortive avec plaques d'herpès au niveau des lèvres. Notre observation IV fournit aussi un exemple où de petites vésicules herpétiques auraient apparu à la période critique de la défervescence.

Il existe même des circonstances où l'apparition de cet herpès, loin de se faire au moment de la chute des phénomènes fébriles, se manifeste tout au début de l'affection ; c'est ce qu'on rencontre principalement chez les enfants.

Nous croyons bien faire de rapporter ici une observation concluante de Parrot. De plus, c'est le seul cas de pneumonie abortive que nous avons pu trouver chez l'enfant.

OBSERVATION XIX

Léon G..., âgé de cinq ans, est admis dans la salle de médecine, le 16 août 1869. Il porte sur la face quelques croûtes d'impétigo, se plaint du ventre et demande constamment à boire ; les amygdales paraissent un peu congestionnées, la respiration est normale, pouls, 152 ; temp. rectale, 40°6.

17 août. — Ce matin, il a eu des vomissements ; la langue est blanche et pâteuse. Pouls, 132.

Le 18, la lèvre supérieure présente quelques plaques d'herpès, l'une d'elles s'étend jusque sur la muqueuse labiale, où l'on voit de petites vésicules arrondies ou des érosions à fond jaunâtre ayant à peu près le même diamètre. Pouls, 112 ; temp. rectale, 39°6.

Le 19, l'herpès se flétrit. Au niveau de l'angle de l'omoplate du côté gauche, on perçoit quelques râles muqueux, et en un point très limité, du souffle tubaire. La voix y est retentissante et le son tympanique. Pouls, 132; temp. rectale, 40°6.

Le 20, amélioration notable; le souffle est moins intense. Pouls, 100; temp. rectale, 37°2.

Le 21, l'enfant est inquiet, semble plus souffrant et tousse beaucoup. L'exploration des poumons ne fournit aucun renseignement nouveau. Pouls, 128; temp. rectale, 39°2.

Le 22, le souffle est remplacé par des râles sous-crépitants. Pouls, 100; temp. rectale, 37°.

Le 4 septembre, l'enfant quitte la salle parfaitement guéri depuis plusieurs jours.

En résumé, la pneumonie abortive présente la plupart du temps un mode d'invasion, une symptomatologie, une déferescence, en un mot des signes qui ressemblent singulièrement à ceux de la pneumonie ordinaire. Alors comment différencier ces deux formes ?

Est-ce par le siège ? Les pneumonies du sommet sont en effet plus graves que les autres, parce qu'elles se rencontrent principalement chez des individus diathésiques, cachectiques, chez les sujets dont l'état général est mauvais. Nous avons cependant trois observations, dont deux de vieillards, où le foyer pneumonique occupait le sommet. Dans la majorité des cas, il était localisé à la base. Ce n'est pas là qu'il faut chercher un élément suffisant pour le diagnostic différentiel.

Pour M. Germain Sée, « la pneumonie abortive ne diffère de la pneumonie ordinaire que par la rapide résorption des exsudats fibrineux. »

C'est là une vue tout hypothétique et jusqu'au jour où les autopsies permettront d'étudier les lésions anatomiques, nous pensons qu'il est plus prudent de dire que la forme abortive ne se distingue de la forme commune que par son évolution plus rapide et sa durée moindre.

CHAPITRE IV

Etiologie et pathogénie

La pneumonie considérée autrefois universellement comme une affection purement inflammatoire, le plus souvent *a frigore* est rangée depuis les découvertes récentes de Friedlander, de Talamon, de Fränkel et de Netter dans le groupe des maladies infectieuses. Sans rappeler ici les nombreuses discussions qui ont été soutenues par les pathologistes les plus distingués, et les arguments sans nombre apportés par eux, nous nous contenterons d'adopter la doctrine actuelle qui veut que toute pneumonie soit une maladie microbienne, une véritable pyrexie comme la fièvre typhoïde, la grippe, l'érysipèle, etc.

Dès 1877, M. Bernheim avait déjà remarqué que la vraie cause de la pneumonie aiguë franche réside dans l'existence d'un agent infectieux, et que le froid, quand il existe, doit être considéré tout au plus comme une cause purement occasionnelle.

En tant que fièvre infectieuse, il lui reconnaît une forme abortive, qu'il rapproche de la fièvre typhoïde abortive.

Cette forme abortive étant admise, on doit se demander

pourquoi, dans certains cas, la pneumonie tourne court avant d'arriver à son terme normal. C'est là une question très compliquée et qui est loin d'être résolue aujourd'hui.

Dans sa thèse d'agrégation, M. Letulle cite, au chapitre des considérations générales, un certain nombre de causes qui pourraient avoir une influence plus ou moins marquée sur la durée des pyrexies. Ces différentes causes, nous allons essayer de les discuter au sujet de la pneumonie et voir si oui ou non elles peuvent avoir une action bien nette sur la marche de cette affection.

L'âge, le sexe, qu'il ne fait que signaler en passant, jouent en effet un rôle par trop aléatoire pour qu'on s'y arrête. Nous avons observé des exemples de pneumonie abortive à tous les âges, et en parties à peu près égales dans les deux sexes.

L'« influence épidémique » ne doit pas non plus nous retenir longtemps. Sans nier que certaines épidémies présentent une bénignité particulière aussi bien pour la pneumonie que pour la fièvre typhoïde, ce caractère ne doit cependant pas être pris en grande considération, car les observations que nous avons publiées ne font pas partie d'une épidémie spéciale, mais répondent à des cas qui se sont présentés à tous les moments de l'année et même en des années différentes.

D'autre part, la « température du terrain organique ensemencé » doit-elle être rangée au nombre des causes qui peuvent provoquer l'abortivité de la pneumonie ? En admettant que les expériences faites sur les animaux aient montré que les microbes se développent beaucoup moins facilement dans un milieu où la température est élevée, on peut toujours se demander s'il en est de même chez l'homme.

Cette influence, qui est du reste contestée par certains observateurs, ne doit pas être en effet bien grande, puisque

chez nos malades nous avons observé tous les intermédiaires entre 38 et 41 degrés.

Une autre cause bien digne de fixer l'attention, nous dit l'auteur, résiderait dans « les portes d'entrée de la maladie ». Cela revient à dire, que tel virus introduit dans l'organisme par l'appareil respiratoire, par exemple, produit une forme abortive de la maladie, et qui, s'il eût pénétré dans les vaisseaux sanguins ou les voies digestives, aurait déterminé des phénomènes pathologiques beaucoup plus graves.

A première vue, cette question nous semble aussi obscure que les précédentes. Tout d'abord il paraît bien impossible de dire dans quelles circonstances et par quelles voies se font chez l'homme ces inoculations qu'on pourrait appeler inconscientes.

Ne serait-il pas plus rationnel de penser que ces éléments infectieux pénètrent dans l'organisme humain par toutes les portes qui leur sont ouvertes et y restent à l'état latent, n'attendant qu'une occasion déterminée pour se développer. Ce sont des « microbes indifférents qui deviennent pathogènes » dans certaines conditions particulières et qui provoqueront l'éclosion d'une maladie plus ou moins violente, suivant la quantité ou la qualité des germes, suivant la réceptivité plus ou moins grande du terrain organique.

En dernier lieu, on peut se demander si c'est une question de traitement. Nous ne le pensons pas, car chez la plupart de nos malades, il n'y a pas eu de médication sérieuse établie, ce qui n'a pas empêché la maladie de faire sa défervescence prématurément.

Si dans notre observation XII, à la suite de l'administration de 1 gramme de phénacétine, la température s'est mise à descendre dans l'espace de quelques heures de 40 à 37 degrés, pour ne plus se relever, nous pensons qu'il y a eu simple

coïncidence entre la prise de médicament et la défervescence, et nous ne croyons pas que dans le cas particulier, la phénacétine ait eu une action véritablement abortive sur la durée de l'affection.

Puisque les raisons invoquées jusqu'ici sont insuffisantes à expliquer l'abortivité de la pneumonie, nous allons essayer d'en trouver d'autres.

Voici un individu qui se présente à vous avec une pneumonie ayant débuté de la façon ordinaire ; vous vous attendez à voir la maladie suivre son cours régulier, lorsque, dans le courant du troisième jour, par exemple, la température tombe subitement pour ne plus remonter. Pourquoi cette défervescence brusque ?

Une idée vient tout d'abord à l'esprit. Si le mal s'est déclaré chez l'individu avec cette bénignité qu'il n'eût peut-être pas montrée ailleurs, c'est parce que son économie a présenté une énergie vitale suffisante pour lutter victorieusement contre les éléments morbides. Le corps a été le plus fort ; il a triomphé de la maladie.

Si l'on admet cette hypothèse à l'exclusion de toute autre, il faut bien se dire que seuls, les sujets jeunes, vigoureux, pourront résister suffisamment à l'action du germe pneumonique pour l'enrayer, et, par conséquent, il faudra supprimer cette forme abortive chez le vieillard qui présente le plus ordinairement un organisme singulièrement affaibli et chez les individus jeunes, mais débilités et cachectiques.

Mais n'oublions pas que dans plus d'un tiers de nos observations, il est question de vieillards et même de vieillards présentant, pour quelques-uns du moins, une détérioration organique assez marquée.

Il est donc évident que sans nier l'influence que peut avoir « l'opportunité, la réceptivité morbides » du terrain, comme

les appelle M. Letulle, sur la durée de la maladie, il est sans contredit une autre cause peut-être plus importante, nous voulons parler du germe morbide.

Le poison qui s'introduit spontanément dans notre économie peut présenter des variétés dans sa quantité et dans sa qualité. Peut-être aussi que dans un organisme qui s'imprègne lentement de ces éléments microbiens, et qui a le temps de s'habituer à leur action nocive, une pneumonie qui viendrait à se déclarer dans ces conditions avorterait plus facilement.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pensons que c'est probablement surtout dans la quantité ou la qualité moindre du germe pneumonique qu'il faut chercher les causes de la forme abortive de la pneumonie chez certains individus, et M. Bernheim doit avoir raison, quand il dit au sujet de la fièvre typhoïde « que la nature de la maladie, fébricule ou forme prolongée, n'est pas tant une question de terrain qu'une question de germe. » Néanmoins il est difficile de ne pas admettre que la constitution du malade, son tempérament aient une certaine influence sur la détermination écourtée de la fièvre.

Il y aurait peut-être là des recherches bactériologiques assez intéressantes à pratiquer. S'il était possible de faire parallèlement des cultures de microcoques de pneumonie ordinaire et de pneumonie abortive et d'inoculer avec le produit de chacune de ces cultures, des animaux pris dans des conditions absolument analogues, on trouverait peut-être là la solution de ce problème aujourd'hui si obscur et si difficile à expliquer.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic différentiel ne nous arrêtera pas longtemps. Nous ne parlerons pas ici des signes particuliers qui différencient la pneumonie fibrineuse des autres phlegmasies broncho-pulmonaires et qui peuvent également se rapporter à la pneumonie abortive. Nous renvoyons pour cela à tous les traités de pathologie interne.

Il s'agit principalement de savoir si au début d'une pneumonie on peut dire oui ou non si elle sera abortive, autrement dit, quels sont les symptômes particuliers à chacune de ces formes.

Nous pensons que jusqu'aujourd'hui on n'a pas trouvé de signe pathognomonique qui permette d'affirmer à l'avance que telle pneumonie avortera. En effet nous avons vu que le début est toujours identique aussi bien par sa brusquerie que par son intensité. Dans la suite, les symptômes généraux et les signes physiques ne diffèrent pas non plus : matité, submatité, son tympanique, expectoration rouillée, souffle, râles crépitants et sous-crépitaux, bronchophonie, jusqu'aux phénomènes

critiques : rien n'y manque. Si certains caractères font parfois défaut, il ne faut pas en attribuer la cause à la forme écourtée de l'affection, car la pneumonie lobaire, même dans ses variétés les plus franches, ne présente pas toujours au complet le tableau signalé dans les livres.

Quant à l'affection signalée par Woillez et décrite depuis par MM. Bergeron et Hirne sous le nom de fluxion ou congestion aiguë du poumon, nous pensons qu'elle n'existe pas, et qu'elle a tout simplement été confondue avec la pneumonie abortive.

En effet les symptômes, que ces auteurs considèrent comme propres à cette congestion pulmonaire, ressemblent singulièrement à ceux de la variété abortive de la pneumonie : même mode de début, même durée, même défervescence, même courbe thermométrique, mêmes signes stéthoscopiques.

L'expectoration semblable à une solution de gomme, qu'ils regardent comme pathognomonique de leur affection, nous l'avons rencontrée dans un certain nombre de nos observations où la maladie s'est arrêtée au premier degré.

L'augmentation des vibrations thoraciques, qu'ils n'ont jamais constatée, nous ne l'avons observée non plus que dans quelques cas très rares, où la durée de la maladie était relativement longue et l'hépatisation nullement douteuse.

La mobilité des signes physiques, qui constitue, selon eux, un des signes caractéristiques les plus importants, ne suffit pas, à notre avis, pour différencier la pneumonie abortive de la congestion aiguë du poumon.

En somme, nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'établir, en clinique, une distinction entre les formes écourtées de la pneumonie et la congestion pulmonaire aiguë, et pour nous, cette dernière ne serait autre chose qu'une pneumonie dont l'évolution s'arrêterait à la période d'engouement.

CHAPITRE VI

Pronostic

Si l'on s'en rapporte uniquement aux observations que nous avons publiées, il est aisé de voir que la pneumonie abortive est une affection bénigne qui s'est toujours terminée favorablement. Les symptômes locaux et généraux ont affecté des formes variables. Le plus souvent modérés, ils ont présenté quelquefois une grande intensité.

Cependant les phénomènes nerveux ataxo-adiynamiques, qui ont une si grande valeur au point de vue du pronostic, ont pour ainsi dire toujours fait défaut chez nos malades. Tout au plus, avons-nous observé dans quelques cas un peu de subdélire et de la prostration.

En concluons-nous que les pneumonies abortives sont forcément toujours bénignes ? Ce serait peut-être aller trop loin.

Néanmoins, on peut nous objecter qu'une pneumonie, étant abortive, guérit nécessairement, et du moment qu'elle guérit, c'est qu'elle ne présente pas de gravité.

C'est vrai ; mais voici un malade atteint de pneumonie qui succombe avant le cinquième jour. Rien ne prouve que la maladie qui l'a tué, n'aurait pas été abortive.

D'autre part, l'organisme peut avoir subi un choc assez considérable, comme dans toute affection fébrile, et si le sujet n'est pas en état de supporter les frais de la maladie, la déferescence aura beau se faire rapidement, il tombera dans le collapsus et succombera : on en a observé des exemples.

Enfin, pendant la convalescence de la forme abortive, il peut survenir comme dans la pneumonie ordinaire des rechutes et des complications.

Evidemment, chez les adultes qui offrent une grande force de vitalité, et chez qui la mortalité est faible, même quand il s'agit de la pneumonie commune, l'affection est peu grave, bien qu'elle s'annonçât parfois avec des symptômes bruyants.

Mais chez le vieillard et chez les sujets détériorés, le pronostic, quoique moins sérieux que dans les cas ordinaires, doit cependant être parfois réservé.

Tout à l'heure nous avons dit qu'il pouvait survenir des rechutes pendant la convalescence d'une pneumonie abortive. Ces rechutes sont-elles fréquentes? Les auteurs que nous avons consultés restent muets à cet égard, excepté Beau (*Journal de médecine*, 1843) et M. Moutard-Martin (*Rev. méd.*, 1844), qui sous le nom de pneumonie à *foyers successifs*, signalent une forme spéciale, dont il faut peut-être considérer chaque poussée comme une pneumonie abortive.

L'observation que nous citons un peu plus loin au sujet des complications, fournit un exemple très concluant de ce que nous avançons. Il y eut chez ce malade trois poussées successives, les deux premières dans le lobe inférieur droit, la troisième à la partie inférieure de l'aisselle gauche, et chaque nouvelle poussée fut caractérisée par un nouveau frisson, un

nouveau point de côté, de l'expectoration rouillée, de la matité et des râles crépitants.

A côté des rechutes, on peut rencontrer également des complications. Au nombre de ces dernières, celles qu'on a observées le plus fréquemment dans la pneumonie ordinaire, sont : en premier lieu la pleurésie, qui peut se développer soit comme lésion de voisinage, soit comme conséquence de l'infection générale. Après elle, viennent la péricardite, l'endocardite d'origine infectieuse, la méningite, etc.

A la rigueur, toutes ces lésions pourraient peut-être se rencontrer dans la forme abortive qui ne diffère de la forme commune que par sa plus courte durée. Cependant elles doivent être très rares, puisque nous n'avons eu que deux malades atteints de complications.

Chez le premier (*Obs. VIII*), il s'agit d'un érysipèle de nature très bénigne et qui se manifesta simplement par quelques excoriations sur le bord inférieur des narines avec un peu d'œdème et une légère plaque rouge à la partie inférieure de l'aile gauche du nez et sur la joue.

Chose curieuse, cet érysipèle disparut en moins de deux fois vingt-quatre heures, c'est-à-dire présenta une forme abortive comme la pneumonie.

La seconde complication fut plus sérieuse. C'était un épanchement pleurétique survenu à la suite de deux rechutes. Cet épanchement, joint à un certain nombre d'autres causes, une diarrhée chronique et surtout la dégénérescence du cœur, a amené la mort du sujet.

Comme on le voit, ces complications, heureusement fort rares, peuvent cependant à un moment donné inspirer des appréhensions sérieuses et doivent toujours être présentes à l'esprit du médecin.

OBSERVATION XX

Pneumonie des lobes inférieurs des deux poumons. Diarrhée chronique. Première pneumonie. Durée entre deux et trois jours ; après un jour et demi, première rechute durant 24 heures ; après deux jours, deuxième rechute durant 12 heures ; épanchement pleurétique consécutif. Asystolie. Mort. (MM. BERNHEIM et PARISOT) [*Rev. méd. de l'Est*, 1889].

Le nommé Houot (Pierre), âgé de 69 ans, jardinier, entre à l'hôpital civil, salle XI, lit n° 2.

Il est atteint d'une diarrhée chronique entretenue par une alimentation défectueuse (7 ou 8 selles diarrhéiques par jour), et présente un léger œdème cachectique. Les bruits du cœur sont normaux, la respiration nette avec quelques ronchus et sibilances disséminées ; il n'existe pas d'albumine dans l'urine. Cet état s'améliore un peu sous l'influence d'un régime sévère et d'un traitement énergique ; le malade se lève dans la salle et se trouve bien, quand le 8 décembre, à midi, il a un frisson et grelotte pendant 4 heures ; au bout de ce temps, il se couche et ressent un point de côté à droite ; le matin de ce même jour, il avait moins d'appétit que de coutume.

9 décembre. — Il perd complètement l'appétit et reste alité ; il a du subdélire, et vers le soir, en voulant descendre de son lit, il tombe en se faisant une plaie de 10 centimètres environ au sommet de la tête.

10 décembre (matin). — Temp., 38°2 ; pouls, 88.

Facies assez coloré, pas de délire, langue nette. Pas de dyspnée ; expectoration rouillée, visqueuse, assez abondante.

A l'examen du thorax, *en avant*, sonorité et respiration normales.

En arrière. — A gauche, inspiration nette, expiration soufflée dans la fosse sus-épineuse. Respiration nette dans la fosse sous-épineuse, nette aussi à la base.

A droite, inspiration rude, expiration un peu prolongée dans la fosse sus-épineuse ; dans la fosse sous-épineuse, et à la partie supérieure de l'aisselle, râles sous-crépitaux très nets ; respiration rude dans la région interscapulaire ; respiration obscure avec quelques râles sous-crépitaux moins nets à la base.

A droite, matité à la base depuis l'angle de l'omoplate et se continuant dans l'aisselle. A gauche, sonorité. Bruits du cœur nets, sans souffle.

Traitement : potion thébaïque, potion de Tood.

Soir : Temp., 38°4 ; pouls, 100.

11 décembre (matin). — Temp., 37°2 ; pouls, 84.

Expectoration visqueuse, rouillée. L'examen bactériologique révèle la présence de pneumocoques.

La matité persiste à la base droite, avec râles sous-crépitanants à ce niveau ; gros ronchus disséminés.

12 décembre (matin). — Temp., 37°2 ; pouls, 76. Langue nette.

A droite, submatité à l'angle de l'omoplate, matité à deux travers de doigt au-dessous. A ce niveau, râles crépitants de retour, expiration soufflée, gros ronchus disséminés.

Soir : Temp., 38°4 ; pouls, 84.

13 décembre (matin). — Temp., 37°8 ; pouls, 92. Langue nette ; deux selles diarrhéiques hier.

Expectoration visqueuse, renfermant quelques crachats rouillés et d'autres franchement sanguinolents.

Durant la nuit dernière, point de côté à droite, frisson.

En arrière. — A droite, matité compacte depuis l'angle de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes, avec douleur à la percussion. Dans toute cette étendue, souffle avec râles sous-crépitanants ; murmure vésiculaire affaibli au niveau des derniers espaces.

Soir : Temp., 37°4 ; pouls, 92.

14 décembre (matin). — Temp., 37°4 ; pouls, 92.

Même expectoration, mêmes signes à l'auscultation. Langue nette ; a bien dormi pendant la nuit dernière, et ce matin a pris son déjeuner avec appétit.

Soir : Temp., 37° ; pouls, 92.

15 décembre (matin). — Temp., 37°2 ; pouls, 92.

Expectoration encore rouillée. Persistance des signes fournis par la percussion et l'auscultation à droite. Respiration nette à gauche.

La diarrhée persiste (3 à 4 selles diarrhéiques).

Soir : Temp., 39°2 ; pouls, 68. Frisson à 3 heures de l'après-midi.

16 décembre (matin). — Temp., 37°4 ; pouls, 72.

En arrière. — A droite, on perçoit toujours la respiration soufflée avec les râles sous-crépitanants et l'affaiblissement du murmure vésiculaire dans les derniers espaces.

A gauche, à la partie inférieure de la région axillaire, on trouve un foyer net de râles crépitants. Expectoration couleur abricot.

Soir : Temp., 37°4 ; pouls, 72. Le malade se trouve bien.

17 décembre (matin). — Temp., 37°6 ; pouls, 80. Expectorations ayant sensiblement le même aspect.

En arrière. — A droite, mêmes signes à l'auscultation. A gauche, encore quelques râles crépitants vers le bord postérieur de l'aisselle.

Soir : 37°2 ; pouls, 84.

18 décembre (matin). — Temp., 36°8 ; pouls, 80.

Expectorations assez abondantes, légèrement rougeâtres.

En arrière. — A droite, respiration nette au sommet. Respiration obscure à la base avec râles peu distincts. Pas de retentissement de la voix ni d'égophonie. Matité persistante à ce niveau.

A gauche, encore quelques râles crépitants. Bruits du cœur nets.

Les jours suivants, le pouls augmente de fréquence ; il devient petit, irrégulier, inégal, oscille parfois entre 100 et 140 ; le malade s'œdématise ; les potions de digitale n'ont pas d'action.

L'épanchement augmente à droite ; on constate en effet, le 28 décembre, jour de sa mort, de la submatité dans la fosse sous-épineuse, et de la matité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. A la partie inférieure de la fosse sous-épineuse, respiration scufflée, lointaine, avec retentissement de la voix sans égophonie ; à la base, absence complète de vibrations thoraciques. Le pouls se perçoit difficilement à la radiale, 104. La pointe du cœur bat au 6^e espace, à un travers de doigt en dehors du mamelon, le choc se perçoit aux 6^e, 5^e, 4^e espaces et se propage à l'épigastre ; les bruits du cœur sont faibles et tumultueux, sans souffle distinct ; les veines du cou sont un peu dilatées. Œdème des mains, de la partie inférieure des avant-bras et des jambes : 4 ou 5 selles diarrhéiques. Le malade succombe le 28 décembre au soir.

A l'autopsie. — On constate un épanchement avec épaissement de la plèvre. Le poumon gauche est congestionné et présente, vers la partie moyenne du lobe inférieur, un noyau gros comme une noisette, granuleux, dur, mais ne plongeant pas. A droite, les lobes supérieur et moyen sont congestionnés et crépitants, le lobe inférieur est carnifié.

Le muscle cardiaque est mou ; il existe de l'athérome artériel ; on trouve de plus un goître plongeant, volumineux (gros d'une orange), comprimant les vaisseaux et les nerfs.

L'intestin grêle est congestionné, le gros intestin a une teinte ardoisée, sa paroi est fortement épaissie sans ulcération ; le calibre du colon est diminué.

CHAPITRE VII

Traitement

Nous croyons avoir montré qu'au début, il n'est pas possible de distinguer une pneumonie abortive d'une pneumonie ordinaire. Le traitement doit donc être le même dans les deux formes, et par suite nous nous abstiendrons de reproduire ici ce que chacun trouvera décrit tout au long dans les livres classiques.

Qu'il suffise de savoir que le traitement s'adresse bien plus à l'état général qu'à l'état local, bien plus aux symptômes qu'à la maladie elle-même.

Et comme dans la pneumonie abortive, les symptômes locaux et généraux sont dans presque tous les cas de nature bénigne et n'inspirent pas de craintes sérieuses vis-à-vis du malade, le plus souvent, il n'y a pas d'indication particulière à remplir, et l'on peut se contenter d'une expectation déguisée au moyen de laxatifs, bouillons, eau vineuse, boissons émollientes, etc.

Nous croyons que c'est à peu près tout ce qui a été institué comme traitement chez nos malades, excepté dans quelques cas particulièrement rares.

M. Lépine est absolument du même avis : « En supposant, dit-il, qu'on soit assez habile pour reconnaître qu'une pneumonie sera abortive, la meilleure chose à faire est de s'abstenir de tout traitement actif. »

Mais ici, une question se pose d'elle-même. Puisqu'il est admis que la pneumonie abortive est moins grave que la pneumonie ordinaire, ne pourrait-on pas, au moyen d'une médication appropriée, arrêter l'évolution de la maladie ?

Certains auteurs l'ont prétendu, et aujourd'hui encore des médecins distingués soutiennent que, pour la pneumonie comme pour la fièvre typhoïde, certains médicaments ont la propriété de s'opposer au développement normal de l'affection.

Autrefois, où l'on regardait la pneumonie comme une affection locale, la saignée était considérée comme le remède par excellence pour arrêter la marche de la maladie. Maintenant, il est admis que la saignée, loin d'être aussi favorable qu'on l'avait cru, peut, en affaiblissant l'organisme, provoquer le passage de la phlegmasie à l'hépatisation grise.

Sans nier que la saignée puisse être utile dans certains cas de congestion pulmonaire très intense, elle ne doit pas être regardée comme un moyen propre à interrompre le cours d'une pneumonie. Grisolle déclare, lui aussi, que « jamais la pneumonie ne peut être jugulée par des émissions sanguines faites le plus largement possible ».

Wunderlich regarde cette méthode comme un moyen purement empirique qui ne peut donner de bons résultats.

Le tartre stibié a eu son moment de vogue, lui aussi ; mais, comme pour la saignée, on a reconnu qu'il ne pouvait avoir aucune action abortive sur la pneumonie, et que même il ne devait plus être employé que dans certaines conditions bien déterminées.

Les autres médications, à part peut-être les antipyrétiques,

n'ont jamais été considérées sérieusement comme pouvant amener une défervescence précoce de la température dans la pneumonie.

Que dire des injections intra-parenchymateuses de M. Lépine ? Il est bien probable qu'elles donneront des résultats analogues à ceux des injections antiseptiques pratiquées chez les phthisiques et qu'elles partageront le même sort.

Etant donnée la marche typique de la pneumonie, il ne paraît pas logiquement possible d'admettre cette influence abortive du traitement.

Du reste, notre maître, M. le professeur Bérnheim, a fait dans son service de nombreuses expériences à cet égard, avec toutes les substances réputées abortives, et jamais il n'a noté un raccourcissement marqué dans la durée de l'affection.

M. Hanot (1), dans sa thèse d'agrégation, regarde également cette méthode comme absolument inefficace : « La pneumonie, dit-il, est une maladie cyclique, dont nulle médication ne peut suspendre le cours. Considérée dans son type le plus régulier, dans sa forme la plus favorable, abandonnée à sa seule impulsion, elle débute brusquement, finit de même, sans convalescence sérieuse dans un espace de temps qui varie de cinq à neuf jours. Il arrive même quelquefois qu'elle avorte spontanément avant le cinquième jour.

« Il est certain que ce rapide retour à la santé a été souvent attribué à la médication, et qu'il a plus fait pour l'émétique que Rasori et Broussais pour la saignée. Il n'y a point de médication qui jugule, qui coupe la pneumonie aiguë, qui lui soit ce que la quinine est à la fièvre intermittente. »

1. J. HANOT. — *Du Traitement de la pneumonie aiguë*. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

Conclusions générales

1° La pneumonie est abortive en moyenne une fois sur huit.

2° Dans nos observations elle a fait sa défervescence cinq fois dans le courant du deuxième jour, huit fois dans le courant du troisième, et sept fois dans le courant du quatrième.

3° La pneumonie présente la forme abortive à tous les âges, et peut-être plus fréquemment chez le vieillard.

4° Ces formes abortives nous ont paru être remarquables par la bénignité des symptômes.

5° La pneumonie abortive peut présenter des rechutes et des complications.

6° Le mode d'invasion, la symptomatologie et la défervescence ne diffèrent pas sensiblement dans les formes communes et écourtées, de sorte qu'il n'est pas possible de dire au début si une pneumonie sera abortive.

7° Le sexe, la température, l'épidémicité, le traitement, ne paraissent pas avoir d'influence marquée sur l'abortivité de la pneumonie.

Vu :

Le Président de la thèse,

BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 18 juillet 1889.

Le Recteur,

E. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRAL. — *Clinique médicale*, t. III. *Maladies de poitrine*, t. I^{er}. Paris, 1840.
- BEAU. — Études cliniques sur les maladies des vieillards. *Journal de médecine*, 1843.
- G. BERGERON. — *Recherches sur la pneumonie des vieillards (Pneumonie lobaire aiguë)*. Th. de Paris, 1866.
- BERNHEIM. — De la pneumonie abortive ou fébricule pneumonique (*Revue médicale de l'Est*), 1877.
- BERNHEIM et P. PARISOT. — De la pneumonie abortive chez le vieillard (*Revue médicale de l'Est*), 1889.
- CHARCOT. — *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1865.
- DUPASQUIER. — *Contribution à l'étiologie et à l'étude des différentes formes cliniques de la pneumonie*. Th. de Lyon, 1880.
- GALLARD. — *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1865.
- GRIESINGER. — *Maladies infectieuses* (Traduction Vallin), 1877.
- GRISOLLE. — *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, 1864.
- HANOT. — *Traitement de la pneumonie*. Th. d'agrég., 1880.
- HIRNE. — Thèse de Paris, 1876.
- JURGENSEN. — *Croupæse Pneumonie in Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie*. V, Band II.
- LIEBERT. — *Deutsches Archiv. der klinischen Medicin*, 1871 (neunten Bandes, Erstes Heft, p. 1).
- LECORCHÉ et TALAMON. — *Études médicales*. Paris, 1881.
- LÉPINE. — *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Pneumonie, t. XXVIII.
- LETULLE. — *Des pyrexies abortives*. Th. d'agrég., Paris, 1886.

LEUBE. — Pneumonie éphémère (*Berliner klinische Wochenschrift*), 1877, p. 299.

LORAIN. — *Température du corps humain*.

MAROTTE. — Fièvre synoque péripneumonique. *Arch. gén. de médecine*, 1855.

MOUTARD-MARTIN. — *Revue médicale*, fév. 1844.

PARROT. — De la fièvre herpétique. *Gaz. hebdomadaire*. Paris, 1871.

GERMAIN SÉE. — Des différents modes de traitement de la pneumonie (*Union médicale*), avril 1873.

SERRAND. — Thèse de Paris, 1878.

THOMAS (de Leipzig). — La température du corps dans les maladies à forme typique. *Arch. der Heilkunde*. Vol. I et II.

WOILLEZ. — *Archives générales de médecine*, t. III, 1854, et *ibid*, t. VIII, 1866.

WUNDERLICH. — *De la température dans les maladies*. Trad. Labadie-Lagrave. Paris, 1872.

